Artículo de actualización

Promoción de prácticas familiares respetuosas de la diversidad durante la internación en una institución de salud

Promotion of family practices respectful of diversity during hospitalization in a health institution

Promoção de práticas familiares respeitosas da diversidade durante a internação em uma instituição de saúde

Dra. Cecilia Baston[1]

RESUMEN

Las prácticas al nacimiento se desarrollan actualmente en un contexto de creciente diversidad de modelos familiares que desafía la noción tradicional de familia nuclear heterosexual y obliga a los sistemas de salud a revisar supuestos, lenguajes y dispositivos de atención. Reconocer esta diversidad constituye una condición esencial para garantizar derechos, equidad y calidad del cuidado desde el inicio de la vida. El presente artículo analiza las transformaciones contemporáneas de la crianza y la parentalidad y su impacto en maternidades, servicios de neonatología e internación pediátrica, desde un enfoque de derechos, interculturalidad y atención centrada en la persona y la familia. Se desarrollan conceptos como parentalidad independiente del género, funciones parentales simbólicas, formas actuales de filiación y la producción institucional de legitimidades parentales. Asimismo, se integran experiencias institucionales concretas vinculadas a planes de parto acordados, entrevistas prenatales, acceso irrestricto de cuidadores significativos y procedimientos específicos en gestación por sustitución. Se concluye que integrar una perspectiva inclusiva constituye un imperativo ético y organizacional para garantizar protección integral de la infancia en contextos sociales en transformación.

Palabras clave: *estructura familiar; filiación; atención centrada en la persona; derechos del niño; interculturalidad; salud colectiva.*

ABSTRACT

Birth practices currently take place within a context of increasing family diversity that challenges the traditional notion of the heterosexual nuclear family and requires healthcare systems to review assumptions, language, and care devices. Recognizing this diversity is essential to ensure rights, equity, and quality of care from the beginning of life. This article analyzes contemporary transformations in parenting and caregiving and their impact on maternity, neonatal, and

1. Especialista en Pediatría con posgrado en Medicina Materno Fetal y Administración Hospitalaria. Diplomada en Calidad y Seguridad en la Atención de los Pacientes.
Coordinadora de Internación Conjunta, Sanatorio Otamendi, Buenos Aires, Argentina. ORCID: 0000-0002-6379-6427

Correspondencia: bastonc@otamendi.com.ar

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 17 de febrero de 2026

Aceptado: 3 de marzo de 2026

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0.

pediatric hospitalization settings, from a rights-based, intercultural, and person- and family-centered care perspective. It develops concepts such as gender-independent parenting functions, symbolic parental roles, current forms of filiation, and institutional production of parental legitimacy. Institutional experiences including agreed birth plans, prenatal interviews, unrestricted caregiver access, and surrogacy care procedures are examined. Integrating an inclusive perspective constitutes an ethical and organizational imperative to guarantee comprehensive child protection in socially changing contexts.

Keywords: *family structure; filiation; person-centered care; child advocacy; cultural competency; public health.*

RESUMO

As práticas no nascimento desenvolvem-se atualmente em um contexto de crescente diversidade familiar que desafia a noção tradicional de família nuclear heterossexual e exige a revisão de pressupostos institucionais. Este artigo analisa as transformações contemporâneas da parentalidade e seu impacto nas maternidades, neonatologia e internação pediátrica, a partir de uma perspectiva de direitos, interculturalidade e atenção centrada na pessoa e na família. Desenvolvem-se conceitos como funções parentais independentes do gênero, formas atuais de filiação e produção institucional de legitimidades parentais. Conclui-se que incorporar uma perspectiva inclusiva constitui um imperativo ético para garantir proteção integral à infância.

Palavras-chave: *estructura familiar; filiação; atenção centrada na pessoa; defesa da criança; interculturalidade; saúde coletiva.*

doi: https://doi.org/10.61481/Rev.enferm.neonatal.n50.04

Cómo citar: Baston C. Promoción de prácticas familiares respetuosas de la diversidad durante la internación en una institución de salud. *Rev Enferm Neonatal*. Abril 2026;50:30-35.

DESARROLLO

Las prácticas al nacimiento se desarrollan hoy en un contexto de creciente diversidad de modelos familiares, que desafía la noción tradicional de familia nuclear heterosexual y obliga a los sistemas de salud a revisar supuestos, lenguajes y dispositivos de atención. Reconocer esta diversidad no es un gesto simbólico, sino una condición para garantizar derechos, equidad y calidad de cuidado desde el inicio de la vida.[1-4] En la actualidad conviven múltiples configuraciones familiares: familias monoparentales, homoparentales, comaternales y copaternales, familias ensambladas, familias ampliadas, personas gestantes sin pareja, proyectos de maternidad o paternidad en solitario, y familias construidas mediante técnicas de reproducción humana asistida o gestación subrogada, entre otras.[2,5] Cada una de estas configuraciones puede implicar distintos vínculos afectivos, roles de cuidado y necesidades específicas en el momento del nacimiento.

Desde una perspectiva de atención centrada en la persona, las prácticas al nacimiento deben adecuarse a esta pluralidad. Esto incluye el reconocimiento del derecho a elegir acompañantes significativos, independientemente de su vínculo legal o biológico, el uso de lenguaje inclusivo y no prescriptivo en la comunicación clínica y administrativa, y el respeto por las identidades de género y orientaciones sexuales de las personas gestantes y de quienes integran su red de apoyo.[6,7] Asimismo, la diversidad familiar interpela los protocolos institucionales: formularios que presuponen “madre y padre”, normas rígidas sobre quién puede participar del parto o del puerperio, y prácticas que invisibilizan a cuidadores no tradicionales pueden generar experiencias de exclusión o violencia simbólica. Adaptar estos dispositivos implica revisar categorías, flexibilizar circuitos y capacitar a los equipos de salud en competencias culturales, de género y de derechos humanos.[3,7]

En el plano emocional y vincular, reconocer la diversidad de modelos familiares favorece el establecimiento temprano del apego, el bienestar psíquico de la persona recién nacida y la consolidación de redes de cuidado. Cuando los equipos validan los vínculos reales, y no solo los normativos, se fortalece la confianza, se reduce el estrés perinatal y se promueven experiencias de nacimiento más humanizadas.[6] Tener una perspectiva integral que permita incorporar la diversidad de modelos de familia en las prácticas al nacimiento supone pasar de un enfoque estandarizado a uno situado, inclusivo y respetuoso, donde el centro sea la persona gestante, el recién nacido y la red afectiva que los sostiene. Este enfoque no solo responde a transformaciones sociales contemporáneas, sino que constituye un componente esencial de una atención de salud ética, segura y de calidad.[1,4,6]

El enfoque actual de las funciones parentales, inde-

pendientes del género, implica criar, proteger y acompañar a niños y niñas independientemente del género de quien lo realiza.

El concepto de parentalidad se define como la capacidad de los adultos para responder de manera adecuada a las necesidades corporales, psíquicas y afectivas de los niños y niñas. Estas funciones se consideran operaciones simbólicas y no meramente biológicas, por lo cual pueden ser ejercidas por cualquier adulto que asuma el rol de cuidador.

Dentro de este ejercicio, se distinguen dos pilares fundamentales. Las funciones de sostén, orientadas a nutrir, proteger y apuntalar el narcisismo infantil, y, por otro lado, las funciones de corte responsable de establecer límites, regular el comportamiento y promover la diferenciación subjetiva del niño o niña frente a los demás.

Actualmente, la filiación se articula a través de tres formas distintas de acceder a la parentalidad. En primer lugar, la gestación biológica, que abarca desde la vía natural hasta la intervención de las técnicas de reproducción asistida (TRHA) incluso con material heterólogo. En segundo lugar, se encuentra la adopción como institución jurídica. Finalmente, en tercer lugar, la voluntad procreacional, respaldada por el Art. 562 del Código Civil y Comercial, se consolida como un pilar fundamental. Este abanico de posibilidades reafirma un principio contemporáneo esencial: no existe una familia tipo, sino una multiplicidad de tipos de familia *(Tabla 1).*[2]

La crianza y el cuidado constituyen una dimensión universal de la experiencia humana, pero cuya organización concreta adopta formas histórica, cultural y socialmente variables. Desde una perspectiva antropológica y sociológica, la parentalidad es entendida como un campo en transformación, atravesado por cambios en las configuraciones familiares, en los regímenes de género, en las políticas públicas y en las relaciones con los sistemas sanitarios y jurídicos. En este sentido, las formas contemporáneas de crianza desafían concepciones clásicas del parentesco basadas exclusivamente en la filiación biológica o jurídica, dando lugar a arreglos pluriparentales, redes de cuidado diversificadas y modelos parentales flexibles.[2,5]

El cuidado se conceptualiza como un fenómeno complejo que articula dimensiones materiales, emocionales, simbólicas y normativas, y que se inscribe en estructuras sociales más amplias, particularmente en la división sexual del trabajo. Si bien históricamente los cuidados han sido feminizados, el texto señala la emergencia de nuevas paternidades que disputan esta asignación tradicional, cuestionan la naturalización de los roles parentales y abren debates sobre corresponsabilidad y reconocimiento social del cuidado. No obstante, estas transformaciones se presentan como procesos negociados, desiguales y contextualmente situados, más que como cambios homogéneos o lineales.[2,3]

Tabla 1. Fuentes de filiación y acceso a la parentalidad

Forma de acceso	Descripción y alcance	Marco legal / base conceptual
Gestación biológica	Incluye la concepción por vía natural y el uso de técnicas de reproducción humana asistida con material genético propio (homólogo) o gametas donadas (heterólogo).	Basada en el vínculo genético y el hecho biológico del parto.
Adopción	Institución jurídica que crea un vínculo filial por sentencia judicial, priorizando el interés superior del niño.	Vínculo jurídico y social (no biológico).
Voluntad procreacional	Determinada por el deseo y la intención de ser padres, incluso mediante TRHA con material heterólogo (donado).	Art. 562 del CCyC: El consentimiento libre y previo es la fuente del vínculo.

CCyC: Código Civil y Comercial.

Fuente: Elaboración propia.

Asimismo, se destaca que los cuidados parentales no son estáticos ni universales, sino que se reconfiguran en función de trayectorias vitales, condiciones estructurales y contextos específicos, como el divorcio, la custodia compartida, la adopción nacional e internacional, la acogida, las migraciones y las transnacionalidades familiares. En estos escenarios, la progenie adquiere un lugar central como eje relacional que articula vínculos, responsabilidades y estrategias de cuidado, desplazando el foco tradicional del matrimonio hacia las relaciones parento-filiales.[2]

Las transformaciones contemporáneas de la crianza y la parentalidad adquieren una relevancia particular cuando se analizan en su intersección con las prácticas sanitarias y los dispositivos institucionales de cuidado. Los servicios de salud —especialmente aquellos vinculados al proceso reproductivo, la atención neonatal, pediátrica y el seguimiento del desarrollo infantil— operan como espacios privilegiados de producción, regulación y legitimación de modelos parentales, en los que se ponen en juego concepciones normativas sobre familia, género, responsabilidad y cuidado.[3,6]

Desde una perspectiva de derechos, los niños y las niñas se constituyen como sujetos plenos, lo que obliga a repensar las prácticas sanitarias más allá de la lógica biomédica, incorporando el interés superior del niño, la no discriminación y el reconocimiento de la diversidad familiar.[4] La interculturalidad introduce una dimensión clave para comprender estas tensiones, al visibilizar que los modelos de crianza y cuidado no son universales ni neutrales, sino culturalmente construidos.[3] El enfoque de Atención Centrada en la Persona y la Familia permite articular estas dimensiones, al desplazar el foco desde la patología hacia las experiencias, los vínculos y los contextos de vida.[6]

En maternidades, unidades de neonatología e internación pediátrica, estas perspectivas se traducen en prácticas concretas: acompañamiento elegido en el parto, contacto piel a piel precoz, método canguro, presencia irrestricta de cuidadores significativos, internación conjunta y reconocimiento de múltiples figuras parentales.[6,7]

Las políticas institucionales como el Plan de Parto y Nacimiento Acordado con la Familia y los procedimientos para la atención de familias con gestación subrogante constituyen dispositivos que buscan equilibrar seguridad jurídica, voluntad procreacional y protección integral de derechos.[5,6]

Cabe mencionar que siempre que sea posible generar una entrevista prenatal de la familia con el equipo de salud perinatal, permitirá conocer los deseos, dudas e inquietudes en torno al embarazo, parto y nacimiento con una escucha activa y empática, por parte del equipo y a su vez sea quien informe cómo son los pasos desde el ingreso a la institución, qué estudios se requieren, cuáles son las buenas prácticas seguras y basadas en la evidencia en la atención de la embarazada y el bebé, para establecer una decisión informada e integrada en conjunto.

El Plan de Parto y Nacimiento es un documento en el que la persona gestante puede expresar sus preferencias en torno a cómo desea transitar el trabajo de parto, parto y puerperio, en cuanto al acompañante a elección, su participación activa en el proceso, deseos de movilidad, uso de elementos de apoyo, tales como pelotas, banquito, la posibilidad de beber líquidos o ingerir alimentos, manejo y tratamiento del dolor como el uso de hidroterapia, analgesia farmacológica y, en relación al bebé, su deseo de diferir las prácticas de rutina como la colocación de vacunas y el baño, y facilitar el contacto piel a piel y el inicio de la lactancia, entre otras prácticas .

El mismo puede estar disponible para los equipos y ofrecer a las familias anticipadamente en la entrevista para completar antes del nacimiento; en otras oportunidades la familia trae un escrito con sus preferencias. Para darle un marco seguro en torno a la calidad de la atención del parto y nacimiento nuestro sanatorio elaboró un documento propio, como modelo para elaborar una guía de atención de pacientes gestantes y por nacer en conjunto con otras maternidades públicas y privadas, disponible desde 2022 en la web del Gobierno de la Ciudad de Buenos aires en el siguiente link: https://documentosboletinoficial.buenosaires.gob.ar/publico/PE-RES-MSGC-MSGC-1237-22-ANX.pdf

Respecto a la atención de familias por gestación subrogante, la misma es una técnica de reproducción asistida en expansión, con regulación dispar a nivel internacional. En Argentina no existe una legislación específica, aunque existe la suficiente jurisprudencia que da cuenta de su existencia, con un aumento de casos. Actualmente, la gestación subrogada es reconocida como una modalidad válida de construcción familiar para parejas heterosexuales con infertilidad estructural, familias monoparentales, parejas del mismo sexo y personas imposibilitadas de llevar un embarazo adelante. Esta técnica consiste en la colaboración de una mujer, gestante, que accede voluntariamente a gestar un embrión conformado por material genético de los padres comitentes o de intención, y/o de donantes de gametas.

En nuestra experiencia institucional fue necesario establecer un protocolo de atención de familias por esta técnica, en donde se realice una entrevista prenatal con todos los participantes, escuchar e informar a la persona gestante en torno a sus deseos y derechos de como transitar el parto y puerperio, y del recién nacido a la lactancia y el contacto piel a piel, y un consentimiento informado que autorice al equipo de salud a proporcionar cuidados e información relevante a la familia comitente.[8]

En los últimos años, la sociedad muestra cambios de paradigma, con nuevos modelos de familia, con deseos en torno a la lactancia humana y la crianza compartida que se solapan con factores culturales tales como la poca tolerancia a la espera, la cultura de la inmediatez, la intolerancia a la incertidumbre, la diversidad de valores y el principio de autonomía.[9] Estos aspectos generan mayor complejidad para el desarrollo de buenas prácticas, que requieren una revisión continua pero que pueden aportar beneficios a corto, mediano y largo plazo para las mujeres, sus hijos, sus familias y toda la sociedad.[9,10]

El nacimiento es un evento único en la vida de las personas que involucra a la persona gestante, a la que nace, a su familia, a su entorno, a su comunidad y a todo el equipo de salud.[9] Se ha pasado de un modelo médico hegemónico, biologicista y asimétrico, a un modelo de decisión integrada y compartida entre el equipo de salud y la familia, que toma en cuenta factores personales, culturales y sociales, y permite establecer la confianza necesaria y un mayor conocimiento acerca de los procedimientos y rutinas basados en prácticas con evidencia, otorgando además un marco de responsabilidad y seguridad para los profesionales.[6,10]

Está claro que el exceso de intervención interfiere en este período sensible y único y tiene impacto en el inicio de la vida, por lo que se pretende que el nacimiento sea lo más cercano a lo que naturalmente debería suceder, respetando los derechos y cuidados centrados en el recién nacido y su familia.[8,9]

Es imprescindible la responsabilidad de respetar el protagonismo del recién nacido y su familia por medio del acompañamiento, así como también el marco de resguardo para los profesionales del equipo de salud, estableciendo políticas institucionales reguladas por el Estado como garante del derecho a la salud y por sociedades científicas comprometidas a tal fin.[4,6]

Me permito hacer mi apreciación personal: todos los nacimientos deben ser respetados, aun las situaciones de riesgo que requieran una cesárea, merecen tanto el respeto de los profesionales de la salud como el de la paciente y su familia, garantizando los derechos y deberes del paciente y del médico en un marco de empatía y conocimientos validados en prácticas recomendadas con evidencia, que permitan los tiempos de los procesos fisiológicos dentro de los estándares de calidad y seguridad del paciente y del equipo perinatal.[8,9]

CONCLUSIÓN

Las transformaciones contemporáneas de la crianza y la parentalidad evidencian que no existe un modelo único y legítimo de familia, sino múltiples configuraciones que desafían las categorías tradicionales basadas exclusivamente en la filiación biológica o jurídica. En este contexto, las instituciones sanitarias no pueden permanecer neutrales, ya que participan activamente en la producción y legitimación de modelos parentales a través de sus prácticas, protocolos y discursos. Por ello, integrar la diversidad familiar en las prácticas al nacimiento y en la atención neonatal y pediátrica constituye un imperativo ético, jurídico y sanitario.

El enfoque de derechos, la interculturalidad y la Atención Centrada en la Persona y la Familia ofrecen marcos conceptuales y operativos que permiten responder a esta complejidad. Reconocer a niños y niñas como sujetos plenos, validar redes de cuidado diversas, promover la corresponsabilidad y garantizar decisiones compartidas basadas en evidencia son condiciones esenciales para una atención respetuosa y equitativa. Esto implica revisar dispositivos institucionales que aún reproducen modelos normativos excluyentes y avanzar hacia prácticas más inclusivas, flexibles y culturalmente sensibles.

En maternidades, unidades de neonatología e internación pediátrica, la implementación de planes de parto acordados, la presencia de acompañantes significativos, el contacto piel a piel, el método canguro y la integración de la familia en los cuidados constituyen ejemplos concretos de este cambio de paradigma. Asimismo, el tránsito desde un modelo médico hegemónico hacia uno de decisión integrada y compartida no supone renunciar a la seguridad clínica, sino fortalecerla mediante la deliberación ética y el respeto por los procesos fisiológicos y los derechos de las personas.

De este modo, incorporar la diversidad de modelos familiares en las prácticas sanitarias no es solo una adaptación a los cambios sociales, sino una condición para garantizar calidad, justicia y humanización del cuidado.

Reconocer las crianzas en transformación como realidades legítimas dentro del sistema de salud permite consolidar instituciones más inclusivas, responsables y comprometidas con la protección integral de la infancia y el acompañamiento respetuoso de cada nacimiento.

REFERENCIAS

1. González MA. Cuidado integral del primer mes de vida. Cap. 67. Diversidad parental. Consideraciones para el equipo de salud. Sociedad Argentina de Pediatría; 2025.
2. Grau Rebollo J. Fernández Racines P. Antropologías en transformación: formas de parentalidad y nuevos escenarios de cuidado. XIV Congreso de Antropología, Valencia. Septiembre de 2017.
3. Menéndez EL. El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*. 2005;1(1):9–32. [Consulta: 8 de marzo de 2026]. Disponible en: https://doi.org/10.18294/sc.2005.1
4. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. 1989. [Consulta: 8 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino
5. República Argentina. Código Civil y Comercial de la Nación. Ley 26.994, art. 562. 2015. [Consulta: 8 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26994-235975/actualizacion
6. Institute for Patient- and Family-Centered Care. Advancing the Practice of Patient- and Family-Centered Care. 2017. [Consulta: 8 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.ipfcc.org/resources/GettingStarted-AmbulatoryCare.pdf
7. World Health Organization. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. [Consulta: 8 de marzo de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215
8. Baston C, Risso Vázquez MD. Gestación subrogada: perspectivas, desafíos e implicancias bioéticas, legales y epigenéticas en la salud pública en Argentina. *Medicina (B Aires)*. 2025;85(6):1232-1239. Spanish. PMID: 41313097.
9. Baston C. Cuidado integral del primer mes de vida. Cap. 43. La intervención cesárea y su impacto en la lactancia. Sociedad Argentina de Pediatría; 2025.
10. Baston C. Programa de Actualización en Neonatología. Atención integral del recién nacido sano en las primeras 72 horas de vida. 2024.